

ИНФО БИЛТЕН



**Фонд за здравствено осигурување
на Македонија**

Инфо билтен издание бр.5/2011



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА
www.fzo.org.mk



Содржина

1	НОВИ СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ ПАКЕТИ ЗА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО - КОНСУЛТАТИВНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА И НОВИ РЕФЕРЕНТНИ ЦЕНИ ВО БОЛНИЧКА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ЗА ДСГ УСЛУГИ.....	3
2	ПРОМЕНИ ВО ПАКЕТИТЕ ЗА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО КОНСУЛТАТИВНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА.....	4
2.1	Дополна на постоечките пакети со 12 нови респираторни пакети (АРП) и 9 алерголошки пакети (ААП) со важност од 30.12.2010 година објавени во Службен весник на Р.Македонија број 171 од 2010 година:	4
2.2	Укинување на следниве пакети со важност од 30.12.2010 година објавени во Службен весник на Р.Македонија број 171 од 2010 година:.....	6
2.3	Замена на постоечките очни пакети со нови пакети за очна дејност со важност од 17.03.2011 година објавени во Службен весник на Р.Македонија број 33 од 2011 година:.....	8
2.4	Воведување на нов ТОКСИКОЛОШКИ ПАКЕТ со шифра, назив и референтна цена со важност од 17.03.2011 година објавени во Службен весник на Р.Македонија број 33 од 2011:.....	9
2.5	Воведување на нова лабораториска услуга- токсиколошка анализа при труење со лекови и опијати со шифра, назив и референтна цена со важност од 17.03.2011 година објавени во Службен весник на Р.Македонија број 33 од 2011:	10
3	ПРОМЕНИ ВО РЕФЕРЕНТНАТА ЦЕНА НА ДСГ УСЛУГИ	10
3.1	Зголемување на референтната цена кај ДСГ услугите- процедури на леќата и процедури на леќата истиот ден со важност од 30.11.2010 година објавени во Службен весник на Р.Македонија број 154 од 2010 година.....	10
3.2	Зголемување на референтната цена кај ДСГ услугата- вградување на кохлеарен имплант со важност од 17.03.2011 година објавени во Службен весник на Р.Македонија број 33 од 2011 година.....	12
4	ПРЕГЛЕД НА УСОГЛАСЕНИ СТАВОВИ КАКО РЕЗУЛТАТ НА ВОДЕНИТЕ ПРЕГОВОРИ ПОМЕЃУ ФОНДОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ И СТОМАТОЛОШКА КОМОРА НА РМ.....	13



1 НОВИ СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ ПАКЕТИ ЗА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО - КОНСУЛТАТИВНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА И НОВИ РЕФЕРЕНТНИ ЦЕНИ ВО БОЛНИЧКА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА ЗА ДСГ УСЛУГИ

Фондот за здравствена осигурување како купувач на здравствени услуги, во континуитет работи на подобрување на својот систем, систем кој има за цел да ги пресретне потребите на здравствените работници и осигуреници.

Со цел правилно дефинирање и вреднување на здравствените услуги кои се пружаат во јавните и приватните здравствени установи, Комисијата за утврдување на референтни цени ги ревидира, усовршува, дополнува веќе утврдените специјалистички пакети и ДСГ услуги заедно со нивните референтни цени. Во таа насока на редовна основа се одржуваат состаноци, работилници со сите засегнати страни вклучени во овој голем проект и постојано се разгледуваат барањата и предлозите доставени како во печатена така и во електронска форма.

Специјалистичките пакети и ДСГ услугите редовно се подобруваат по барање на здравствените установи или по иницијатива на ФЗОМ, така што откако ќе бидат усвоени од страна на редовните седници на УО, се објавуваат на веб страната на Фондот за здравствено осигурување во делот ФЗОМ [Специјалистички пакети](#) и во ДСГ груперот.

Промени кои веќе се објавени во Службен весник исто така можат да се најдат на едно место на веб страната на фондот во делот [Ценовник на здравствени услуги](#) што е од голема корист за сите инволвирани страни во здравствениот систем.



2 ПРОМЕНИ ВО ПАКЕТИТЕ ЗА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО КОНСУЛТАТИВНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

2.1 Дополна на постоечките пакети со 12 нови респираторни пакети (АРП) и 9 алерголошки пакети (ААП) со важност од 30.12.2010 година објавени во Службен весник на Р.Македонија број 171 од 2010 година:

А) Респираторни пакети:

Шифра	Назив на пакетот	референтна цена
АРП1	Општ респираторен специјалистички пакет	1,200
АРП2	Општ респираторен специјалистички пакет со гасни анализи	1,650
АРП3	Општ проширен респираторен специјалистички пакет	2,260
АРП4	Општ респираторен специјалистички пакет со контролна дијагностика	1,950
АРП5	Пакет за дијагностика на опструктивен синдром	2,200
АРП6	Пакет за специфична дијагностика на опструктивен синдром	2,600
АРП7	Пакет за егзарцебирани респираторни состојби	2,650
АРП8	Пакет за специфична дијагностика на рестриктивни белодробни заболувања	2,700
АРП9	Специјалистички пакет со бронхоскопија	3,750
АРП10	Специјалистички пакет со бронхоскопија и биопсија	3,950
АРП11	Специјалистички пакет со ехо на бели дробови, медијастинум и плевра	900
АРП12	Специјалистички пакет со ЕХО и пункција/евакуација	2,100



Б) Алерголошки пакети

Шифра	НАЗИВ НА ПАКЕТОТ НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ	референтна цена
ААП1	Алерголошки пакет за десензибилизација (неделна основа)	1,200
ААП2	Алерголошки пакет за десензибилизација (месечна основа)	470
ААП3	Алерголошки пакет за Патцх и/или Сцратцх и/или Прицк тест со 1 алерген	670
ААП4	Алерголошки пакет за Патцх и/или Сцратцх и/или Прицк тест со повеќе алергени (до 3)	850
ААП5	Алерголошки пакет за стандарден Прицк тест	980
ААП6	Алерголошки пакет за медикаментна алергија	1,730
ААП7	Проширен алерголошки пакет	2,730
ААП8	Алерголошки пакет за РИДА тест	2,130
ААП9	Алерголошки пакет со Манту тест	600

Како резултат на бројните средби остварени со стручни лица од областа на пулмологија и алергологија, како и успешната соработката со Клиниката за пулмологија, Клиника за дерматологија, Институтот за ТБЦ, Медицина на труд и одреден број на приватни здравствени установи од интернистичка дејност, засегнати со оваа проблематика, УО на ФЗОМ по предлог на Комисијата за утврдување на референтни цени, за подобрување и олеснување на начинот на фактурирање и евидентирање на овие услуги, ги усвои горенаведените пакети.

До сега овие дејности применуваа различни комбинации на пакети и пакет услуги, оневозможувајќи да се унифицира начинот на кој здравствените установи ги фактурираа и евидентираа услугите до фондот. Често пати, ваквиот начин предизвикуваше потешкотија за здравствените установи бидејќи здравствените работници мораа да бараат пакети во други дејности.



Со формирањето на респираторните и алерголошките пакети, Комисијата започна со интензивна работа за укинување на поединечните пакет/услуги од интерна медицина и паралелно утврдување на соодветни пакети за секоја супспецијалност од интерната медицина. Ова претставува сериозен чекор во насока на ревидирање на пакетите од специјалистичко консултативната дејност и нивно прецизно додефинирање во насока на пресретнување на потребите на здравствените работници и осигуреници.

2.2 Укинување на следниве пакети со важност од 30.12.2010 година објавени во Службен весник на Р.Македонија број 171 од 2010 година:

А) АСКЗ - Проширен специјалистички пакет со контрола и дијагностика од општите – заеднички пакети:

Општи пакети (заеднички пакети)

Шифра	Назив на пакетот	Референтна цена
АСКЗ	Проширен специјалистички пакет со контрола и дијагностика	900

Б) Интернистички пакет/услуги од пулмологија

ИНТЕРНИСТИЧКИ УСЛУГИ ОД ПУЛМОЛОГИЈА		
Шифра	Назив на пакетот/услугата	Референтна цена
АИМ11	Епикутан тест (до 30 теста)	490
АИМ12	Тест по Прик (до 20 теста)	490
АИМ13	Неспецифичен бронхопровокационен тест	460
АИМ14	Комплетна спирометрија	280
АИМ15	Спироергометрија	680
АИМ16	Спироергометрија со НБПТ	800
АИМ17	Бронхоскопија	2,500
АИМ18	Бронхоскопија со биопсија	2,700
АИМ31	Гасни анализи	550



Пакетот на завршена епизода на лекување во специјалистичко консултативната здравствена заштита АСКЗ- Проширен специјалистички пакет со контрола и дијагностика од општите- заеднички пакети беше првично утврден како резултат на неможнoста за дефинирање на сите дијагностички процедури што се реализираат од страна на здравствените работници. Имено, овој пакет овозможува евиденција на дијагностичка процедура која ФЗОМ ја нема конкретно дефинирана со своја шифра, пакет/услуга и референтна цена.

Меѓутоа, по барање на самите здравствени установи првично објавените пакети во континуитет се надополнуваат и се оди кон отстранување на недефинирани здравствени процедури. Во таа насока, на УО на ФЗОМ се предлага отстранување на пакетот АСКЗ кој содржи можност за евиденција на недефинирана дијагностика. Имено на овој начин, здравствените работници ќе бидат мотивирани почесто да доставуваат предлози за утврдување на референтна цена за сите оние процедури, за кои нема да имаат можност вистински да ги прикажат, а за кои досега применувале најсличен пакет во однос на процедурите кои ги извршуваат.

Исто така, контролните служби од ФЗОМ утврдија дека постои злоупотреба на овој пакет од страна на здравствените работници токму поради недефинираноста на составот на пакетот и негова примена во најголем број на случаи. Здравствените работници водени од утврдената референтна цена за овој пакет, и покрај тоа што не извршувале никаква дијагностичка процедура го употребувале овој пакет на услуги и за истиот им наплаќале повисок износ на учество на здравствените осигуреници.

Со цел надминување на горенаведената состојба и мотивација на здравствените работници за доставување на предлози до Комисијата за утврдување на референтни цени, се предлага исклучување на овој пакет.



2.3 Замена на постоечките очни пакети со нови пакети за очна дејност со важност од 17.03.2011 година објавени во Службен весник на Р.Македонија број 33 од 2011 година:

Шифра	НАЗИВ НА ПАКЕТИ НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ	Рефрентна цена
1	2	3
AOM1	Основен офталмолошки пакет	380
AOM2	Дијагностички и терапевтски постапки за третман на помошен, солзен апарат и преден сегмент	400
AOM3	Одредување на рефракција на очи	650
AOM4	Одредување на рефракција на очи со контактни леќи	950
AOM5	Основен пакет за глауком	520
AOM6	Проширен пакет за дијагностика на глауком	1,000
AOM7	Ласерски третман на очи	1,100
AOM8	Пакет за преглед на заболувања на задниот сегмент на очите	600
AOM9	Проширен пакет за преглед на заболувања на задниот сегмент на очите и очниот нерв	1,000
AOM10	Проширен пакет за преглед на заболувања на задниот сегмент на очите и очниот нерв со дијагностика	1,550
AOM11	Пакет за решавање на рефракциски аномалии кај деца до 14 години и пореметување на мотилитетот	700
AOM12	Пакет за решавање на рефракциски аномалии кај деца до 14 години, пореметување на мотилитет и нивен третман	4,900
AOM13	Пакет за третман кај повреди на очи и аднекси	800

Примената на досегашните специјалистички пакети за очна дејност кај голем број на здравствени работници од оваа дејност предизвикуваше проблем поради начинот на дефинирање на самите пакети како и услугите кои беа вклучени во истите. Во таа насока, измените се однесуваат во дополна на еден нов пакет, стручно допрецизирање на називот на одредени пакети во соработка со Здружението како и во делот на содржината на услугите изразени во пакетите. Имено, офталмолозите своите сугестии ги искажаа преку Здружението на офталмолози кои



заедно со претставниците на Комисијата во фондот ги дефинираа новите пакети, со нова шифра, назив и референтна цена.

На УО на ФЗОМ се предложи замена на постоечките и усвојување на новите пакети од очна дејност со цел пресретнување на потребите, како на здравствените работници од оваа фела, така и на здравствените осигуреници на кои правилно ќе им бидат прикажани здравствените услуги кои им се пружени.

2.4 Воведување на нов ТОКСИКОЛОШКИ ПАКЕТ со шифра, назив и референтна цена со важност од 17.03.2011 година објавени во Службен весник на Р.Македонија број 33 од 2011:

Шифра	НАЗИВ НА ПАКЕТИ НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ	Предлог референтна цена
АТМ1	Токсиколошки пакет	1,700

Потребата за воведување на нов токсиколошки пакет беше лоцирана од страна на здравствените работници кои немаа соодветен начин за искажување на услугите кои се реализираат на здравствените осигуреници. Претставниците од клиниката за токсикологијаа сметаат дека покрај основните, општите пакети во кои можат да се пронајдат има потреба од воведување на уште еден пакет .



2.5 Воведување на нова лабораториска услуга- токсиколошка анализа при труење со лекови и опијати со шифра, назив и референтна цена со важност од 17.03.2011 година објавени во Службен весник на Р.Македонија број 33 од 2011:

Шифра	Назив	Предлог референтна цена
BA25	Токсиколошка анализа при труење со лекови и опијати	2,300

Воведувањето на нова лабораториска анализа за токсиколошката дејност ќе овозможи реална евиденција и фактурирање на здравствената услуга која му се пружа на здравствениот осигуреник при труење со лекови и опијати. Оваа лабораториска услуга може но и не мора да се комбинира со токсиколошки пакет.

3 ПРОМЕНИ ВО РЕФЕРЕНТНАТА ЦЕНА НА ДСГ УСЛУГИ

3.1 Зголемување на референтната цена кај ДСГ услугите- процедури на леќата и процедури на леќата истиот ден со важност од 30.11.2010 година објавени во Службен весник на Р.Македонија број 154 од 2010 година

Шифра	ДСГ код	Вид на ДСГ услуга	СТАРА Референтна цена	НОВА референтна цена
085	C16A	Процедури на леќата	15,440	32,700
086	C16B	Процедури на леќата истиот ден	12,761	30,950

Како резултат на бројните средби иницирани од страна на ФЗОМ реализирани со офталмолозите од Универзитетска клиниката за очни болести и Градска Општа болница “8 Септември”, Комисијата за утврдување на референтни цени за услуги во болничка здравствена



заштита за акутни случаи, предлага корекција на референтните цени кои се однесуваат на горенаведените хируршки процедури за катаракта. Со цел усвојување на единствен став од офталмолошката фела, ФЗОМ побара Здружението на офталмолози да достави протоколи и да се постави стандард за вградениот материјал што го опфаќа оваа хируршка интервенција.

Меѓутоа, до сега побараната информација не е доставена до ФЗОМ, и земајќи ја во предвид итноста за корекција на референтните цени за ДСГ услугите Ц16А и Ц16Б предизвикана од големиот број на рефундации остварени по барање на здравствените осигуреници, ФЗОМ ја зголеми референтната цена на ДСГ услугите, што воедно го содржи и вградениот материјал.

Првично утврдените референтни цени за овој вид на здравствена услуга не ја опфаќаа цената на вградениот материјал (интраокуларната леќа), бидејќи здравствени установи не доставуваа податоци за истиот.

Во таа насока, овие измени се базираат на анализата на трошоците (здравствени услуги и вграден материјал) направени од страна на стручните служби при ФЗОМ како и доставената евиденција за чинење на овој вид на услуга од Универзитетска клиниката за очни болести и Градска Општа болница “8 Септември”.

Покрај класичната процедура за третман на катарактата, овој ДСГ код ја опфаќа и новата процедура – ФАКО Емулзификација со која бенефити имаат како здравствените осигуреници така и ФЗОМ. Со оваа метода се овозможува пократок престој во болница (пациентот си заминува истиот ден), нема потреба од носење на наочари за далеку, се намалува бројот на боледувања, се намалува бројот на пациенти кои се третираат во странство итн. Со овие измени, истовремено ќе се постигне искоренување на праксата осигурените лица сами да си ја набавуваат леќата и потребата од рефундација на средствата.

При тоа, ФЗОМ ќе продолжи да настојува, во интерес на здравствените осигуреници, лекарската комора, здруженијата и другите здравствени институции да донесат протоколи и стандарди при третман како за катарактата, така и за останатите здравствени услуги.

www.fzo.org.mk



**3.2 Зголемување на референтната цена кај ДСГ услугата-
вградување на кохлеарен имплант со важност од 17.03.2011
година објавени во Службен весник на Р.Македонија број 33 од
2011 година**

Шифра	ДСГ код	Вид на ДСГ услуга	СТАРА референтна цена	НОВА референтна цена
093	Д013	Вградување на Кохлеарен имплант	241,673	1,107,000

Како резултат на средбите помеѓу ФЗОМ и оториноларинголозите од Универзитетска клиника за оториноларингологија, Комисијата за утврдување на референтни цени за услуги во болничка здравствена заштита за акутни случаи, предложи корекција на референтната цена која се однесува на горенаведената хируршка процедура за вградување на Кохлеарен имплант.

Првично утврдената референтна цена за овој вид на здравствена услуга не ја опфаќаше цената на вградениот материјал (кохлеарен имплант), бидејќи здравствени установи не доставуваа податоци за истиот.

Во таа насока, овие измени се базираат на анализата на трошоците (здравствени услуги и вграден материјал) направени од страна на стручните служби при ФЗОМ (податоци за чинењето на оваа услуга добиени од земји во регионот), како и доставената евиденција за чинење на овој вид на услуга од Универзитетска клиниката за уво, нос и грло Скопје.

Со оваа референтна цена ќе се обезбеди покривање на трошоците за изведување на оваа услуга во Јавната за здравствена установа Универзитетска клиника за оториноларингологија.



4 ПРЕГЛЕД НА УСОГЛАСЕНИ СТАВОВИ КАКО РЕЗУЛТАТ НА ВОДЕНИТЕ ПРЕГОВОРИ ПОМЕЃУ ФОНДОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ И СТОМАТОЛОШКА КОМОРА НА РМ

Со преговорите кои Фондот ги водеше со Стоматолошка комора на Република Македонија поединечно се разработени сите одредбите на Договорот за извршување и плаќање на здравствени услуги во примарна здравствена заштита за 2011/2012 година, со цел да се изготви договор кој ќе биде прифатлив за двете договорни страни. Фондот за здравствено осигурување, како купувач на здравствени услуги од приватните здравствени установи, а во интерес на своите осигуреници да им обезбеди пружање на покралитетни здравствени услуги, континуирано соработува со Стоматолошката комора на Македонија како нивен официјален претставник и преку формирање на преговарачки тимови поединечно ги разгледа нивните предлози.

Двете договорни страни ги усогласија следниве ставови и потпишаа меморандум:

Член 3 став 3

Рокот за комплетирање на стоматолошкиот тим е усогласен во рок од 20 дена да го извести Фондот за промена на тимот и дополнителни 15 дена да го комплетира тимот.

Член 4

Со оглед на тоа дека во пракса често се случува губење или кражба на факсимил на избраниот стоматолог е утврдена следната постапка што избраниот лекар треба да ја направи во случај на губење или кражба на факсимил:

„При губење или кражба на факсимил избраниот лекар е должен веднаш да го извести Фондот за да се затвори бројот на факсимилот во базата на податоци.

За изгубен факсимил покрај барањето за затворање на бројот, се доставува и извадок од објавата во Службен весник.

За украден факсимил покрај барањето за затворање на бројот, се доставува и копија од записник од МВР.

Со затворање на изгубениот или украдениот факсимил, Фондот на избраниот лекар му доделува нов број на факсимил.



Податоците за затворање на факсимилот поради губење или кражба Фондот ги објавува на веб страна.,,

Член 7 став 3

„Фондот врши плаќање на надоместокот за капитација доколку е платен придонесот за здравствено осигурување за месецот за кој се исплатува капитација.,,

Член 8 став 2

Поради обемиот број на здравствени установи во кои треба на секое тромесечие да се изврши контрола на реализираните цел за да можат истите да се исплатат се даде можност да поедностави самата постапка на контрола.

„Еднаш во годината Подрачната служба на Фондот ќе врши контрола во здравствените установи за извршените активности за исполнување на целите врз основа на доставените извештаи од секое тромесечие. Контролата ќе се врши последниот квартал од годината на важење на договорот на репрезентативен примерок на 2.5% од целите за секоја цел поединечно за секој квартал. Доколку со контролата се констатира неисполнување на целите во контролираниот процент, истите ќе бидат намалени во целост за кварталот во кој е утврдена неправилноста.

Во член 8 став 4

Прифатен е предлогот на Стоматолошка комора за содржината и формата на Прилогот за цели (Преглед КДП, КП И ЗФ).

Реализација на целите КП и КДП договорено е да биде 15% на годишно ниво од вкупниот број на осигурени лица, со неможност во тек на 4 години да се повторуваат исти осигурени лица. На овој начин дадена е можност да бидат изземени осигурените лица со тотална безабост, како и на тромесечие да се прави репланирање на цели поради мигрирање на осигурени лица од еден на друг избран лекар.

Член 12 точка 26.

Предвидена е обврска на нововработениот лекар да не пружа здравствени услуги на осигурените лица на Фондот пред потпишување на анекс на договорот за вработување на нов лекар



Во Член 13 став 3, 4, 5, 6, 7 и 8 е регулирана постапка на препишување на лекови од Листа на лекови:

Со водеување на ИЗИС проектот во 2011 година потребно е рецептниот образец избраниот лекар, лекарот замена или дежурниот лекар ќе го изготвува и пополнува во електронска форма, испечатениот рецептот се заверува со печат на здравствената установа и факсимил на лекарот.

Постапката за издавање на електронски испечатен рецепт ќе се применува од 01.07.2011 година, со цел да се остави време на избраните лекари да обезбедат соодветни принтери

„Избраниот лекар е должен да се придржува на режимот на пропишување за лекови за кои е потребно мислење од лекар специјалист, субспецијалист и консилиум на лекари.

На еден рецепт се пропишува само едно оригинално пакување на лекот, освен за лековите кои се издаваат на парче, односно по единица фармацевтска форма, според списокот на лекови чии оригинални пакувања се делат, објавен на веб страницата на Фондот.

За лековите чии оригинални пакувања се делат, количината на пропишаниот лек треба да е прецизно наведена на рецептниот образец.

Рецептниот образец избраниот лекар, лекарот замена или дежурниот лекар е должен да го изготви и пополни во електронска форма, испечати и да го завери рецептот со печат на здравствената установа и факсимил на лекарот, согласно Правилникот за остварување на права од задолжително здравствено осигурување.,

Член 13 став 10.

Утврдена е Листата на ампули за итни состојби -Прилог АС/1 кој е составен дел на договорот,

1. Amp. Adrenalin 1mg/1ml
2. Amp. Chlorpiramin 20mg/2ml
3. Amp. Aminophyllin 250mg/10ml
4. Amp. Prednisolon ili Methyl prednisolon 20mg/ml; 40mg/ml



Член 18 став 2

Поради тоа што во најголемиот број на случаи избраните лекари бараат од осигурените лица сами да ги набават ампулите од задолжителната листа, во член 18 од договорот е предвидено „Задолжителна ампуларна терапија избрнот лекар треба да ја да поседува и аплицира во целост без да бара од осигуреникот да ја набави со сопствени средства кои дополнително ќе ги побарува како рефундација од Фондот,„

Член 15 став 5, 6, 7 и 8

Поради утврдени нерегуларности во делот на следење на комплетноста на тимот и неводењето на кадровска евиденција нотирана во записниците од извршените контрола е регулирана постапката во случај на користење на краткотрајни отсуства на стоматолошкиот тим: Со цел да се излезе во пресрет на лекарите кои се на оправдано отсуство од работа поради оправдани отсуства од работа на избраниот лекар предвидени со закон, како подолготрајни боледувања над 21 ден, породилни отсуства, специјализација и други случаи, поради обезбедување континуитет во пружањето на здравствените услуги на осигурените лица, здравствената установа е должна да вработи лекар за пружање на здравствени услуги. До вработувањето на новиот лекар (замена) се затвара факсимилот на лекарот и не се исплатува капитација. Фондот не го раскинува еднострано договорот ако лекарот замена е вработен по истекот на 35 дена но најмногу до 60 дена од настанување на случајот.

Здравствената установа при промена на вработените од лекарскиот тим од една работна единица во друга (над 7 но не подолго од 21 ден) е должна писмено да го извести Фондот во рок од 3 дена. Примерокот од известувањето доставено до Фондот да се чува во просториите на работната единица каде е направена промената.

Краткотрајно прераспоредување на дел од тимот (до 7 дена) од една во друга работна единица, се врши со писмена наредба на директорот на здравствената установа издадена со денот на извршеното прераспоредување. Примерокот од писмената наредба задолжително се чува во просториите на работната единица каде е прераспореден вработениот.“

Член 15 став 10



Фондот го прифати барањето на Стоматолошката комора во делот на вработување на лекар замена за специјализација:
“Здравствената установа во која има повеќе лекарски тимови, при одење на специјализација на еден од избраните лекари, не е должна да вработи нов лекар“.

Член 22

Усогласена е постапката во начинот на регулирање на договорните казни според одредбата во која се предвидени обврските на здравствената установа.

Сите предвидени обврски на здравствената установа се групирани во соодветни договори казни во зависност од тежината на сторената повреда. Во членот 22 е регулирана постапката за начинот на изрекување и утврдување на висината на договорната казна .

Доколку здравствената установа или избраниот лекар сторил повреди на договорните одредби во последните три месеци од важењето на договорот склучен за 2010/2011 година , поради постоење на континуитет во работењето со Фондот, со склучување на овој договор Фондот го задржува правото еднострано да му го раскине договорот или да му изрече договорна казна, во зависност од сторената повреда. „

Член 23, 24 и 25

Договорните казни се намалени за една половина и извршено е нивно прегрупирање и тоа:

-договорната казна една капитација од фиксен дел е намалена на една половина

капитација од фиксен дел,

-договорната казна една половина капитација од фиксен дел е намалена на една

четвртина од капитација од фиксен дел.

Фондот ја подржува идејата за минимално одржување на оралното здравје на граѓаните на Р.Македонија содржана во Стратегијата донесена од страна на Стоматолошката комора и секогаш е отворен за соработка.